

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 194

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gilles BUISSON

Né le 15 Mai 1911, à MORTAIN (Manche)

Résultats cliniques du traitement
de la paralysie générale
par la malariathérapie
à l'Asile de Clermont-de-l'Oise
de 1930 à 1935

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gilles BUISSON

Né le 15 Mai 1911, à MORTAIN (Manche)

Résultats cliniques du traitement
de la paralysie générale
par la malariathérapie
à l'Asile de Clermont-de-l'Oise
de 1930 à 1935

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Clinique cardiologie
Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
CHEVASSU.
N...
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE.
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBOULLEZ.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
BEZANÇON.
MATHIEU.
LAUBRY.
CROUZON.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri.	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
FEY	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FUNCK- BRENTANO	Urologie.
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.
GAILLARD	Parasitologie.
CHEVALLIER	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LFVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ..	Bactériologie
VAUDESCAL ...	

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAIJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEIZ-BOYER.	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
LE LORIER ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR JULES BUISSON

ET A MA MÈRE

En témoignage de mon profond
amour filial.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE ET A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

*Professeur d'histoire de la médecine
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

En témoignage de notre respec-
tueuse gratitude.

A MESSIEURS LES DOCTEURS BESSIERE, BRIAU, FAIL

Médecins des Asiles

Qui nous ont guidé dans ce travail.
En témoignage de toute notre reconnaissance.

**Résultats cliniques
du traitement de paralysie générale
par la malariathérapie à l'Asile de Clermont-de-l'Oise
de 1930 à 1935**

INTRODUCTION

Au cours de notre internat à l'Asile de Clermont, nous avons pu observer un certain nombre de cas de paralysie générale améliorés par la malariathérapie. Il nous a paru alors intéressant de faire une statistique de ces impaludations pendant une période de cinq années, de 1930 à 1935.

Avant d'aborder cette question, nous avons cru bon d'étudier brièvement la malariathérapie, ses origines, ses indications et contre-indications, sa technique et ses principaux résultats. C'est seulement après ce résumé rapide que nous exposerons les chiffres que nous avons trouvés, et pour illustrer notre statistique, nous publierons quelques observations de malades traités au cours de ces cinq ans.

Mais avant d'entreprendre notre travail, nous devons exprimer toute notre reconnaissance à MM. les Médecins de l'Asile de Clermont qui ont mis à notre disposition tous les documents nécessaires à l'élaboration de cette thèse.

CHAPITRE I

ORIGINES DE LA MALARIATHERAPIE

La malariathérapie a fait ses preuves depuis une vingtaine d'années. Mais bien qu'étant d'une utilité incontestable dans le traitement de la paralysie générale, elle est encore très diversement jugée quant à sa valeur curative.

Son origine semble remonter à la doctrine hippocratique concernant l'action des maladies intercurrentes sur l'évolution des psychoses. Parmi ces maladies, la malaria paraît avoir occupé une place de choix, puisque GALIEN, dès son époque, l'envisageait dans la guérison de la mélancolie. De nombreuses et anciennes observations de psychoses influencées favorablement par la malaria sont bien connues, et lorsqu'on étudie l'histoire de la médecine, on voit que les plus anciens auteurs préconisent l'inoculation de cette maladie dans les affections mentales; c'est ainsi qu'en France, au xv^e siècle, les médecins de Louis XI, ne réussissant pas à le guérir de ses crises d'épilepsie, lui conseillèrent, pour être soulagé, de s'exposer à contracter la fièvre quarte, qui le débarrasserait du « mal caduc ».

C'est NASSE, le premier qui, en 1864, a reconnu l'influence heureuse de la malaria tierce sur la paralysie générale, et il a même publié, à cette époque, une série de cas montrant que de toutes les maladies intercurrentes, la malaria a la meilleure action.

Mais c'est seulement en 1887 que WAGNER-JAUREG, de Vienne, s'appuyant sur les rémissions post-fébriles, proposa l'utilisation thérapeutique de la fièvre, comme moyen thérapeutique de la méningo-encéphalite. On croyait à cette époque que l'élévation de la température était la cause de ces effets surprenants.

Les premières recherches furent faites en 1888 par WAGNER-JAUREG qui essaya sans succès la vaccination par érysipèle dans les paralysies générales. En 1890, il s'adressa à la tuberculine, puis il fit d'autres essais avec des vaccins polyvalents (fièvre typhoïde, streptocoques et staphylocoques).

Mais l'expérience a prouvé que les maladies intercurrentes sont elles-mêmes beaucoup plus actives, en ce qui concerne le nombre, la durée et la perfection des rémissions. En 1917, WAGNER-JAUREG a fait ses premiers essais de thérapie infectieuse et il a choisi dans ce but la malaria tierce. Cette variété de paludisme a l'avantage d'être un moyen thérapeutique rapide à action nettement spécifique et pouvant être arrêtée au moment voulu dans son évolution. WAGNER-JAUREG a considéré cette affection comme sans danger, même au point de vue de la contagion. Les résultats se sont montrés favorables et depuis 1919, la malaria-

thérapie est appliquée systématiquement à la clinique de Vienne dans la paralysie générale; cette méthode s'est généralisée depuis, dans le monde entier.

CHAPITRE II

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA MALARIATHERAPIE

Il faut bien savoir que tous les paralytiques généraux ne sont pas susceptibles d'être soumis à l'infection paludéenne: si certains cas peuvent être améliorés par la malarithérapie, d'autres au contraire peuvent être aggravés par elle.

Répondent aux exigences de l'indication thérapeutique tous les malades dont l'état de nutrition et de force n'est pas très atteint et qui ne montrent aucun trouble fonctionnel grave, en rapport avec une maladie organique; chez de tels malades, on doit considérer l'impaludation par la fièvre tierce comme sans danger, à la condition d'une surveillance médicale constante.

Parmi les affections pouvant être une contre-indication, il faut considérer d'abord celles touchant le foie et le rein; plus importantes encore sont celles atteignant la circulation, mais là il faut établir une discrémiation entre les différentes lésions cardiaques. Les lésions de l'aorte si souvent atteinte chez les

syphilitiques, en général, et les paralytiques généraux en particulier, méritent une mention spéciale.

FRITCH et LOWENBERG ont particulièrement étudié cette question; ils ont montré que lorsque la syphilis nerveuse s'accompagne d'affection aortique, celle-ci évolue en général sans lésion des valvules, sans rétrécissement initial des artères coronaires, et qu'il est extrêmement rare de trouver des lésions inflammatoires de la tunique médiane de l'aorte, la maladie vasculaire n'aboutissant qu'exceptionnellement à l'anévrysme ou à l'insuffisance cardiaque. Sur 341 cas de paralysie générale, dont 41 avec aortite, LOWENBERG n'a rencontré que neuf fois l'anévrysme; sur ces neuf cas d'aortite, un seul malade est mort de crise cardiaque. Nous pouvons donc dire, qu'aortiques ou non, les paralytiques généraux supportent également bien l'impaludation; cette complication impose seulement de veiller avec soin sur la fonction cardiaque pendant la période fébrile. En cas de nécessité, on usera de la quinine pour provoquer une atténuation ou un arrêt de l'infection.

L'insuffisance mitrale ou aortique, l'extrasystole, l'arythmie permanente, l'hypertension, ne sont pas non plus des contre-indications; ces malades ont toujours bien traversé la période des accès.

Par contre, il faut considérer comme contre-indications sérieuses, l'aortite avec distention anévrysmale ainsi que le rétrécissement mitral, lorsque ce dernier constitue une menace d'insuffisance cardiaque.

Si le malade a eu antérieurement des ictus ou des

signes d'artérite cérébrale, le traitement devra être particulièrement surveillé.

L'adipose très prononcée constitue un facteur important de contre-indication, comme dans toutes les affections graves.

La grossesse est également, tout au moins jusqu'au sixième mois, une contre-indication, de même que le traumatisme cranien et le diabète.

L'âge, par contre, n'offre aucun danger; cependant chez les sujets âgés, on utilisera avec avantage la méthode d'atténuation des accès fébriles par l'administration de petites doses de quinine.

Quant à la tuberculose, ce n'est pas non plus une contre-indication; il ne semble pas qu'on ait jamais vu une réouverture des processus tuberculeux sous l'influence de la malariathérapie.

Relativement aux contre-indications de l'impaludation, il faut bien savoir que cette pratique exige une expérience spéciale. Au point de vue psychiatrique, on ne doit pas s'attendre à ce que l'action favorable de la malariathérapie soit égale dans toutes les paralyties générales. Les meilleurs résultats se produisent chez les sujets atteints depuis moins de dix-huit mois; dans les cas anciens avec lésions destructives avancées, un succès thérapeutique apparaît comme invraisemblable, surtout s'il y a, du côté somatique, une contre-indication importante.

A côté de la durée et du stade de l'affection, la forme joue un rôle de premier plan; dans les formes galopantes, avec excitation psycho-motrice, état général

grave, le paludisme peut accélérer l'évolution. Les paralysies générales infantile et juvénile donnent également peu d'espoir, ce qui les différencie des cas apparus à l'âge moyen de la vie.

Bref, quoique le traitement de la paralysie générale par la malaria soit aujourd'hui nettement fondé, il faut savoir qu'il peut exposer parfois à des risques sérieux. Dans ces cas, la quinine constitue un moyen efficace pour un prompt arrêt ou une atténuation de la crise de paludisme, mais il faut en commencer l'emploi de façon opportune.

CHAPITRE III

TECHNIQUE ET EVOLUTION DE LA MALARIATHERAPIE

La malariathérapie exposant, comme nous venons de le voir, à certains risques, il faut la pratiquer avec soin, savoir choisir la souche, bien surveiller la technique d'inoculation ainsi que l'évolution des accès fébriles, et faire attention aux accidents qu'ils peuvent entraîner.

La méthode la plus courante et la plus pratique consiste dans l'inoculation au malade du plasmodium vivax, parasite de la fièvre tierce bénigne. Pour cela, on prend le sang d'un sujet atteint de malaria, après avoir déterminé cliniquement et microscopiquement le caractère uniquement tierce de l'affection.

Parfois, l'examen microscopique le plus rigoureux ne donne pas cependant une certitude absolue, et on peut laisser passer inaperçue une infection mixte. Certaines observations ont montré que les donneurs de sang, originaires des pays tropicaux et subtropicaux, pouvaient offrir au microscope des parasites uniquement tierces dans le sang alors qu'après inoculation, on pouvait voir apparaître une association

dangereuse de fièvre tropicale. Cette dernière forme avait supplanté la première et la mort s'ensuivait.

Pour parer à de tels dangers, il ne faut pas prendre comme donneurs de sang des individus venant des colonies, et même si on a constaté l'absence de parasites de la fièvre tropicale, il faut examiner plusieurs fois le sang du malade inoculé avant de l'utiliser pour d'autres passages. Le mieux est donc de choisir uniquement pour source une fièvre exclusivement tierce éprouvée par une série de passages; quand on dispose d'une souche de plasmodes tierces ayant passé par une série de générations, on a ainsi créé une souche donnant toute satisfaction. Il faut bien savoir en effet que malgré de nombreux passages, les souches ne subissent pas de modifications, tant en ce qui concerne la durée que l'intensité de l'inoculation; elles conservent le même caractère des accès fébriles, la même évolution clinique, la même bénignité.

L'inoculation thérapeutique de la malaria se fait directement d'homme à homme. On prélève, au moment de l'accès, dans la veine du pli du coude d'un malade atteint de malaria tierce, après la détermination clinique et microscopique du caractère tierce, 5 ou 10 cc. de sang que l'on injecte immédiatement, si on le peut, au receveur, soit par voie sous-cutanée, soit par voie intra-veineuse ou intra-dermique, comme nous le verrons plus tard.

Un premier problème se pose alors quand il s'agit de se procurer du sang loin d'un centre : c'est précisément celui de la conservation de ce sang. La prin-

cipale méthode employée est celle qui consiste à prélever dans une veine 5 cm³ de sang paludéen que l'on verse dans une éprouvette contenant 5 cm³ d'une solution stérile de citrate de soude à 0,50 %; on agite ensuite avec précaution, et on ferme l'éprouvette avec un bouchon de caoutchouc stérile.

Une fois en possession du sang, on l'injecte immédiatement au receveur sous la peau du dos. En même temps que l'on pousse l'injection, il faut diriger l'aiguille sous la peau, dans différents sens afin de dilacerer les tissus, et faciliter ainsi le passage plus rapide de hématozoaires dans le sang. On peut employer également la méthode intra-veineuse; le sang prélevé par aspiration d'une seringue dans une veine du pli du coude, mais ici en quantité moindre (2 à 4 cm³ suffisent) est immédiatement injecté dans les veines du bras du receveur. Cette méthode donne une inoculation beaucoup plus courte; elle peut être utilisée chez les sujets jeunes et robustes, mais sa principale indication concerne les malades traités sans succès par la voie sous-cutanée, ou ceux provenant des colonies tropicales et présentant de ce fait une réceptivité moindre. La médication intra-dermique est aussi employée : on injecte alors dans la peau 1 à 3 cm³; la durée d'incubation est un peu plus prolongée et donne mieux que les deux autres méthodes antérieures un type tierce pur; on l'utilise dans les cas d'état général mauvais ou d'âge avancé, lorsqu'il est préférable que l'évolution tierce des accès fébriles ait une plus longue durée d'incubation.

Cette durée d'incubation entre l'inoculation de la malaria et l'explosion des accès fébriles est variable suivant les méthodes employées.

Dans l'inoculation sous-cutanée, elle exige sept à douze jours, minimum trois à six jours, maximum trois à quatre semaines. Dans l'inoculation intra-dermique, l'incubation plus longue a une durée de dix à vingt jours.

Dans l'impaludation intra-veineuse, l'incubation est plus courte, de trois à six jours, minimum deux jours, maximum vingt jours. Il faut bien savoir que la durée d'incubation n'a pas de règle fixe; elle semble être en rapport avec le nombre des parasites inoculés, mais il y a des différences individuelles considérables. Aussitôt après l'inoculation, on peut voir dans quelques cas une ascension thermique passagère due au choc protéique. Pendant la période d'incubation et dans les jours précédant l'explosion de l'accès fébrile paludéen, apparaissent des mouvements sub-fébriles, mais il n'y a pas de modifications subjectives nettes, même lorsque l'inoculation a été faite par voie intra-veineuse.

Après la période d'incubation, explose la fièvre paludéenne; il n'est pas toujours facile de déterminer avec certitude le premier accès fébrile, et on le confond parfois avec une ascension de la température prodromique qui, à la fin de l'incubation, peut atteindre des degrés assez élevés.

Pratiquement, on doit considérer le premier accès fébrile comme nettement déterminé par des frissons,

une température d'au moins 39°, une sudation importante, une langue saburrale, des urines rares, un pouls rapide; mais il faut noter que le frisson peut manquer.

L'évolution de la fièvre, dans la malaria thérapeutique, est spéciale et diffère beaucoup du type de la malaria naturelle. Malgré l'utilisation exclusive de la fièvre tierce, l'évolution fébrile est variable; le type purement tierce est rare, une fois sur sept environ, par contre, les types de fièvre quotidienne sont très fréquents.

La courbe de la température ne présente pas non plus de règle fixe. Le plus souvent, l'accès type tierce se rapproche de plus en plus, de sorte que la période intercalaire peut se réduire à quelques heures. Généralement, à partir du quatrième ou du cinquième accès, la fièvre prend un type quotidien qui ne se modifie plus jusqu'à l'interruption médicamenteuse de l'infection et qui se change en type simple. Assez souvent, les accès fébriles sont remplacés par le type tierce et passent à la forme quotidienne.

Une fois les accès déclenchés, on en laisse évoluer huit à dix, et on les arrête en donnant aux malades de la quinine pendant une semaine à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour. En effet, le caractère principal de la malaria thérapeutique, et c'est ce qui la différencie essentiellement de la malaria naturelle, c'est précisément sa grande sensibilité à la quinine. C'est un fait qui a été démontré par une longue expérience, car si on avait eu à craindre que les paralytiques généraux impaludés puissent rester pendant plusieurs

mois porteurs de plasmodes, comme cela se voit chez les paludéens ordinaires, on aurait hésité longuement avant de laisser au contact d'une population saine, un grand nombre de sujets ainsi traités.

L'administration de la quinine, permettant l'interruption de l'infection paludéenne au moment voulu, une fois cette médication donnée, les symptômes de l'infection disparaissent complètement, ainsi que les plasmodes du sang, dans un bref délai et sans récidives. On donne généralement le sulfate de quinine par la bouche, mais s'il est nécessaire d'agir vite ou en cas d'intolérance gastrique, on emploie les injections intra-veineuses de chlorhydrate de quinine à la dose de 0 gr. 50 une ou deux fois par jour. La dose totale de quinine administrée par la bouche est de 5 grammes; cette dose s'est toujours montrée suffisante. C'est également à ce médicament de choix qu'on a recours, lorsqu'il faut arrêter la cure à la suite de complications telles que mauvais état général, faiblesse cardiaque. Dans ces conditions, le mieux est d'ailleurs de diviser la cure en deux temps.

Lorsque ces accès fébriles sont arrêtés, on commence un traitement antispécifique complémentaire, en utilisant les sels d'arsenic. On peut employer le novarsénobenzol, mais depuis quelques années on lui préfère un sel d'arsenic pentavalent, le stovarsol sodique; on en injecte au malade une dose totale de 21 grammes, à raison de trois injections par semaine; on utilise aussi l'acétylarsan.

En général, quand toutes les précautions ont été

prises, les paralytiques généraux supportent bien la malariathérapie; celle-ci est en effet très différente de la malaria naturelle, tant par l'évolution des accès fébriles que par ses autres manifestations. C'est ainsi que le foie et la rate se comportent d'une manière particulière; la splénomégalie fait souvent défaut. Au point de vue parasitologique, on observe que le sang, même à la période d'acmé de fièvre, renferme de toutes petites quantités de plasmodes, et que les parasites sont moins riches en pigments; on note également au bout d'un certain temps la disparition des sporozoïtes, et par conséquent des gamètes.

Bien que ses effets puissent être arrêtés à temps par la quinine, il faut bien savoir que la malariathérapie peut entraîner certaines complications telles que l'ictère, l'hyperthermie, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale qui se traduit par de l'oligurie. Enfin, citons la rupture de la rate, accident assez rare, cet organe ne réagissant que d'une façon très modérée, l'herpès labial, les troubles gastro-intestinaux, les épistaxis et les hémorragies.

De cette brève étude, nous pouvons donc conclure que pendant la malariathérapie, il faut surveiller les paralytiques généraux avec soin, et interrompre le traitement dès qu'on craint la moindre complication.

CHAPITRE IV

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES RESULTATS CLINIQUES DE LA MALARIATHERAPIE DIFFERENCES FONDAMENTALES AVEC LES REMISSIONS SPONTANÉES DE LA PARALYSIE GENERALE

Les résultats obtenus par l'inoculation du paludisme dans la paralysie générale semblent supérieurs à ceux que l'on avait observés à la suite d'autres traitements.

Pour apprécier la valeur de ces améliorations thérapeutiques, il ne suffit pas d'examiner le malade au point de vue psychique et somatique, il faut se baser sur l'utilisation sociale et la récupération professionnelle. A ce sujet, deux rémissions peuvent être envisagées :

1° Les rémissions complètes avec rétrocession des manifestations morbides, ou avec quelques symptômes résiduels décelables après examen détaillé.

2° Les rémissions incomplètes, c'est-à-dire avec déficiences psychiques résiduelles plus ou moins

manifestes. Parmi celles-ci, on peut distinguer les rémissions à degré supérieur, avec faibles défectuosités, et les rémissions de faible degré s'accompagnant de défectuosités psychiques plus apparentes, reconnaissables même à un examen superficiel.

Au début de la malariathérapie, on faisait un choix parmi les malades, en excluant les cas avancés. L'expérience montre que plus le sujet est traité précocement, meilleur est le résultat, mais il est souvent difficile de déterminer avec exactitude le début de la méningo-encéphalite.

La malariathérapie agit en premier lieu sur les troubles psychiques. C'est en effet, par la disparition des troubles délirants et démentiels que se caractérise essentiellement l'amélioration plus ou moins complète de l'état mental. Au point de vue intellectuel, l'euphorie avec satisfaction naïve, les idées absurdes de grandeur et de richesse commencent à s'atténuer dès le premiers accès fébriles. Le malade agité se calme, puis réduit progressivement son délire au point de n'en plus parler. Peu à peu, l'auto-critique revient, la désorientation disparaît, la mémoire renaît, l'affectivité reprend sa forme normale. La mimique change d'expression, le masque béat et atone devient plus vivant, les traits du visage plus accentués, la physionomie s'éclaire, le teint est meilleur, la démarche mieux assurée.

Les symptômes neurologiques semblent sensiblement moins atténués que les symptômes psychiques. Le tremblement de la langue, des muscles péri-buc-

caux et des extrémités s'atténue progressivement. La dysarthrie s'améliore au point même de disparaître assez fréquemment, si elle était spontanée; elle ne se révèle qu'aux mots d'épreuve.

L'écriture s'améliore également. DE ENGELIS (Eugenio) a étudié les modifications de l'écriture, avant et après la malariathérapie, chez 100 paralytiques généraux avec une durée moyenne de la maladie d'un an. Il les a comparés avec les résultats sérologiques, psychiques et somatiques, de la méningo-encéphalite. Pour lui, les troubles de l'écriture donnent des repères beaucoup plus précis que les autres symptômes, pour juger du degré de la rémission. Ils évoluent même sous l'influence du traitement d'une manière parallèle aux symptômes psychiques.

Les réflexes se modifient peu, rarement leur amplitude se montre meilleure; l'abolition des réflexes reste invariable dans la majorité des cas. Les symptômes oculaires régressent également; la paresse et l'inégalité pupillaire, la mydriase, peuvent disparaître; le myosis plus difficilement. Quant au signe d'ARGYLL-ROBERTSON, on le voit rarement rétrocéder; on a cependant constaté dans quelques cas sa disparition complète, et le fait est signalé par différents auteurs. Enfin, en ce qui concerne l'état général, tous les cliniciens sont d'accord pour reconnaître dans presque tous les cas la transformation favorable de l'état général.

Les rémissions obtenues par la malariathérapie dans le domaine clinique sont très différentes des

rémissions spontanées constatées autrefois chez les paralytiques généraux, avant qu'on les soumette à l'impaludation. Tout d'abord, il faut noter que le pourcentage des rémissions spontanées reste très loin en arrière du chiffre obtenu, avec le traitement par la malaria.

D'autre part, une différence fondamentale apparaît entre les deux variétés de rémissions, surtout lorsque l'on considère leur durée et leur importance. Tandis que les rémissions spontanées disparaissent généralement au bout de quelques mois, les autres ont une tendance très nette à devenir durables. Sans doute, les récurrences de la maladie peuvent se rencontrer après le traitement, mais elles sont rares et d'autant moins fréquentes que l'arrêt du processus pathologique a paru être plus complet.

Si les vrais succès sont très rares dans les rémissions spontanées, ils se montrent par contre assez fréquents à la suite du traitement infectieux, particulièrement avec la malaria.

Relativement à l'importance de la paralysie générale, la différence n'est pas moins marquée. Les arrêts spontanés de la paralysie générale n'aboutissent le plus souvent qu'à une amélioration provisoire des phénomènes aigus avec retour au niveau mental antérieur; rares sont les cas où les malades retrouvent leurs capacités de travail.

Au contraire, les rémissions dues au traitement sont généralement tellement importantes qu'elles arrivent presque à la récupération du psychisme nor-

mal; le malade est capable de reprendre sa place dans la société.

L'impaludation donne des résultats nombreux dans les formes lentes, torpides, anciennes, de la paralysie générale, formes où les rémissions spontanées ne se présentent pas; l'affaiblissement intellectuel, si grand soit-il, peut rétrocéder avec le traitement malarique.

Enfin, point essentiel, les rémissions thérapeutiques ne consistent pas seulement en une disparition plus ou moins complète des troubles mentaux et de l'affaiblissement intellectuel; elles influencent également d'une façon favorable les troubles neurologiques.

CHAPITRE V

STATISTIQUE

DE L'ASILE DE CLERMONT-DE-L'OISE

(1930-1935)

ET OBSERVATIONS CLINIQUES

La statistique que nous avons établie à l'Asile de Clermont porte sur cinq années, de 1930 à 1935, la malariathérapie ayant été pratiquée systématiquement à partir de 1930, chez tous les malades susceptibles de la supporter.

Pendant cette période, 328 paralytiques généraux ont été admis; sur ce nombre, 232 ont été impaludés, les autres étant dans un état tel que le traitement était contre-indiqué; tous ces malades impaludés ont été ensuite soumis à une cure médicamenteuse antisyphilitique (stovarsol sodique, acétylarsan, quinby).

Sur ces 232 malades, 74 sont sortis en rémission complète ou incomplète, ou simplement améliorés; 41 se trouvent encore à l'Asile en rémission incomplète ou améliorés; 56 restent dans un état stationnaires, et il faut noter 60 décès, ce qui donne un pourcentage de :

1° Sorties en rémission complète ou incomplète ou avec amélioration 31,8 %

2° Malades toujours à l'Asile, en rémission	
incomplète ou améliorés.....	17,6 %
3° Malades stationnaires.....	24,1 %
4° Décès	25,4 %

Notre temps d'observation portant sur cinq années, les résultats que nous allons exposer dans les observations suivantes nous permettent d'aboutir à des conclusions thérapeutiques intéressantes.

Ces cas sont au nombre de 21; 9 concernent des malades sortis (4 en rémission complète, 5 en rémission complète ou améliorés); cinq se rapportent à des sujets toujours internés, mais en rémission incomplète ou simplement améliorés au point de vue mental, en bon état physique, et s'occupant d'une manière permanente à des travaux divers à l'intérieur de l'établissement. Nous allons publier également les observations résumées de quelques malades chez lesquels la malariathérapie a complètement échoué ou n'a entraîné qu'une transformation du délire, ainsi que deux cas de récidives.

Nous avons tenu surtout pour ceux dont la rémission nous a paru la plus franche, à publier presque intégralement leur dossier (certificat immédiat ou de quinzaine, interrogatoire, rapport journalier, certificat de sortie), de façon à posséder des renseignements très précis sur leur état à leur entrée à l'Asile et à les suivre pas à pas au cours du traitement.

I. — MALADES SORTIS DE L'ASILE

Ce nombre est de 31,8 % pour la période de 1930-1935, alors qu'il n'était que de 25,7 % pour la période 1925-1930.

A. — Malades sortie en rémission complète

OBSERVATION I

G... Gabriel, âgé de 47 ans, entre à l'Asile de Clermont le 4 octobre 1930, venant de l'Asile Sainte-Anne, à Paris.

Le certificat d'internement est le suivant : « Paralyse générale. Idées incohérentes de grandeur, loquacité, excitation. Dysarthrie. Tremblement de la langue et des mains. Conscience partielle de son état. Réactions de la syphilis toutes positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Les renseignements recueillis auprès de sa famille nous apprennent que, depuis quelques semaines, il présentait des signes de déséquilibre mental. Il était agité et bavard, dormait mal, se livrait à des achats inconsidérés, et tenait des propos incohérents.

A l'interrogatoire, on note qu'il est bien orienté ; il sait qu'il vient de Sainte-Anne et qu'il est dans un asile d'aliénés. Il n'a pas d'idées de persécution en dehors du fait qu'il prétend avoir été drogué avec de la nicotine. Il n'a pas d'idées de richesse. Sa mémoire est bien conservée ; il se souvient avoir eu un chancre syphilitique en 1908.

Par contre, il exprime les idées les plus incohérentes.

Dans la commune où il habite, et dont il est conseiller municipal, c'est lui qui s'occupe de tout. Il va construire des routes, des installations électriques. Une fois sorti de l'Asile, c'est lui qui dirigera les travaux de loin sans être vu. « Je serai caché, masqué ; je vivrai sous un autre nom. Je veux passer pour mort ; étant mort, je serai obéi davantage ».

La destinée l'a peut-être marqué ; à Marseille, sa ville natale, en descendant d'un tramway, un jour, il s'est senti électrocuté. « Je suis, dit-il, l'enfant du belvédère. C'est Paneuropa qui lui a dit ; Paneuropa, ce n'est autre que la Société des Nations qui « lui parle toutes les nuits par T.S.F. dans le cerveau », ou « en silence en lui lançant des ondes ». Elle lui dit qu'il est « un homme, qu'il faut arriver à réaliser l'alliance franco-russe, que l'épée de Damoclès ne doit pas rester suspendue sur notre tête ».

Il est persuadé que tout ce qu'il dit à l'Asile est écouté. « Il y a des téléphonistes qui m'écoutent et devinent mes propos ». Il y a également des gens qui pensent pour moi, qui me font penser ».

A Sainte-Anne, on lui a fait des piqûres magnétiques. « On m'influence par le magnétisme, par le spiritisme. Mais je suis plus fort que les autres, je résiste aux pensées qu'on m'envoie, quand elles ne sont pas justes ».

A l'examen neurologique, on note que les pupilles sont très contractées et légèrement inégales. Il existe un tremblement, très léger au niveau de la langue, et très marqué au niveau des doigts.

L'examen de la parole ne révèle pas de dysarthrie très nette.

Les réflexes tendineux sont faibles.

L'état général est bon.

Le 17 octobre, on pratique une prise de sang et une ponction lombaire dont voici les résultats :

Sang : B. W. : + + +.

L. C. R. : Tension = 60.

Albumine : 0 gr. 44.

Lymphocytes : 31.

Réactions positives (B. W. — Benjoin colloïdal, Harris).

Dès son entrée dans le service, G... se montre bruyant ; il gesticule, se dispute avec ses camarades, et continue à tenir des propos absurdes, chantant et sifflant à tous moments ; on doit le maintenir souvent par des moyens de contrainte, car il est menaçant à l'égard des infirmiers et des autres malades.

Le 26 octobre, on lui inocule le paludisme.

Le 3 novembre, il fait son premier accès fébrile. Les 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, nouveaux accès ; le dernier a lieu le 11 novembre.

Pendant un certain temps encore, G... est agité, bruyant, cherchant querelle à ses camarades, et en proie aux mêmes idées délirantes.

En novembre et décembre 1930, on lui fait une série d'injections d'acétylarsan. Il reste agité et bruyant jusqu'au début de janvier 1931. Le 8 janvier 1931, sur le rapport journalier, on dit qu'il est calme et docile et s'occupe régulièrement. Le 21 janvier, le médecin du service note sur son dossier : « Amélioration très marquée. Répond correctement et vite aux questions qui lui sont posées, fait des projets raisonnables pour l'avenir. Aucun trouble de la parole. Bonne mémoire ».

Le 30 janvier 1931, il quitte l'Asile. Le certificat de sortie est ainsi conçu : « Se trouve dans la situation suivante : atteint de paralysie générale, état mental amélioré par la malariathérapie ; se montre calme ; apprécie exactement sa situation ; se trouve dans les conditions voulues pour qu'on lui accorde un congé ».

Depuis cette époque, G... revient presque chaque année

à l'Asile de Clermont voir le médecin qui l'a soigné, pour lui faire constater son état.

En janvier 1932, on note une rémission très marquée. L'attention et la mémoire sont normales. Il est au courant de tous les événements actuels et dit ne ressentir aucun malaise. L'examen de la parole trahit par moments de légers accroc.

En janvier 1933, à l'examen, on note qu'il n'a pas la moindre idée délirante ; il s'occupe très régulièrement. D'après sa femme, il est aussi bien et aussi adroit qu'avant sa maladie, et qu'il a même meilleur caractère. Il n'a pas de tremblement. La parole est monotone, mais il n'existe pas de troubles nets de ce côté ; les pupilles sont peu contractées.

En janvier 1935, G... paraît en très bon état ; sa femme dit qu'il s'occupe toujours avec beaucoup de régularité. Il n'a pas d'idée délirante, pas d'irritabilité. Sa mémoire est aussi bonne qu'avant sa maladie. Les mots d'épreuve sont bien prononcés ; il n'a ni tremblement, ni troubles pupillaires.

Il n'est pas revenu depuis le mois de janvier 1935 ; actuellement, il est gardien dans un cimetière parisien et donne entière satisfaction dans ses fonctions.

OBSERVATION II

M... Joseph, âgé de 34 ans, linotypiste, entre au pensionnat de Fitz-James (Annexe de l'Asile de Clermont) le 8 mai 1931.

Le certificat immédiat est le suivant : « Présente un léger affaiblissement intellectuel avec sensation de fatigabilité, amoindrissement de la mémoire, maladresse professionnelle. Facies sans expression, tremblement léger des doigts et de la langue, troubles de la parole, accroc,

achoppement, hésitation. Pas d'inégalité pupillaire, ni de signe d'Argyll-Robertson. A présenté, il y a trois ans, un ictus avec hémiplegie gauche transitoire. Possibilité de paralysie générale au début. Malade à observer et à traiter ».

Les poumons, le cœur, le foie, la rate sont normaux. Les urines sont normales. La T. A. est de 13-7,5 (Vaquez). Le 12 mai, on lui fait une prise de sang et une ponction lombaire. En voici les résultats :

Sang : B. W. : +++.

L. C. R. : Réactions positives (B. W., Benjoin).

Albumine = 0 gr. 40.

Lymphocytes et mononucléaires : 95 %.

Polynucléaires : 5 %.

Le 8 mai, il est examiné par l'oculiste de l'Asile, en vue d'un traitement anti-syphilitique ; son fond d'œil est normal.

Grâce aux antécédents recueillis auprès du malade et de sa famille, on apprend qu'il a contracté la syphilis en 1924 et qu'il s'est soigné à cette époque.

En 1930, lors de sa première attaque de paralysie, il s'est soigné à nouveau, et ne s'est senti souffrant qu'en avril 1931.

Il a perdu 12 kg. à cette époque. A la suite de sa paralysie, il a présenté quelques tics. Il travaillait régulièrement, mais sa mémoire s'affaiblissait. Depuis qu'il est malade, il est souvent abattu et triste, en proie à des crises de larmes. On ne note aucun signe d'imprégnation éthylique.

Dès son entrée à l'Asile, le malade est très calme ; il est anxieux par moments.

Le 23 mai 1931, il est impaludé. Il fait son premier accès fébrile le 31 mai. Les 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12 juin, nouveaux accès ; le dernier a lieu le 14 juin.

Le 25 juin suivant, on commence une série d'injections de stovarsol sodique.

Le malade supporte bien son traitement. Il est calme et dort bien ; il est parfois anxieux et incohérent.

Cependant, son état va en s'améliorant. Le 29 août, il reçoit sa dernière injection de stovarsol.

A cette époque, la mémoire est redevenue normale ; les quelques idées incohérentes ont complètement disparu. Le tremblement de la langue et des doigts a diminué ; on note toujours de légers troubles de la parole. Le 31 août 1931, le malade quitte l'Asile. Il continue pendant un certain temps à se soigner et reprend ses occupations quelques mois après sa sortie.

Depuis cette époque (août 1931), il est revenu plusieurs fois voir le médecin qui l'a soigné pour le tenir au courant de son état ; il n'a pas d'idées délirantes, pas de dysarthrie, pas de tremblement.

OBSERVATION III

B... Jean, âgé de 40 ans, ouvrier métallurgiste, entre à l'Asile de Clermont le 22 février 1930, venant de l'hôpital de Versailles.

Depuis quelque temps déjà, il présentait des signes de déséquilibre mental. Sa mémoire, surtout, allait en s'affaiblissant ; il oubliait les noms propres et ne reconnaissait plus les gens de son entourage. Il était devenu très coléreux, alors qu'il était de caractère très doux ; de plus, il avait des vertiges et des syncopes assez fréquemment. Dans ses antécédents, on note un accident d'automobile en 1928.

Dès l'examen, on remarque son aspect fatigué, triste et égaré. Il est complètement désorienté, sachant cependant qu'il vient de l'hôpital de Versailles, mais ignorant

où il se trouve actuellement. Sa mémoire est très affaiblie ; il est incapable de dire son âge et le nom du pays où il habite. Il répète sans cesse : « Je me sens faible. On m'a fait du cinéma devant les yeux. Je ne me souviens plus de rien ».

Il a de fausses connaissances, déclarant avoir déjà vu plusieurs fois le médecin qui l'examine à la mairie de sa commune.

Par contre, il ne présente pas d'idées de suicide, d'idées de persécution, d'auto-accusation ; il n'a pas d'hallucinations, et pas d'idées de grandeur ou de richesse. Il ne se souvient pas avoir contracté la syphilis ; il n'a jamais été interné.

A l'examen physique, on note certains accroc's de la parole, mais pas de tremblement des doigts et de la langue ; les réflexes tendineux sont vifs ; les pupilles réagissent bien à la lumière.

Les poumons, le cœur, le foie sont normaux. La T. A. est de 14-9 (Vaquez).

Le 4 mars, on pratique une prise de sang et une ponction lombaire dont les résultats sont les suivants :

Sang : réaction de B. W. +++.

L. C. R. : Albumine = 0 gr. 56.

Réactions positives (B. W. Benjoin. Harris).

Dès son entrée dans le service, B... se montre calme, mais tient à tous moments les propos les plus absurdes ; il est soliloque et complètement désorienté.

Le certificat de quinzaine est ainsi conçu : « Atteint de paralysie générale avec affaiblissement intellectuel global, obnubilation ; quelques hésitations de la parole ; réactions de la syphilis toutes positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Le 19 mars 1930, on lui inocule le paludisme.

Le 31 mars, il fait son premier accès fébrile ; les 1^{er}, 2,

3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 avril, nouveaux accès (température à 41°4 le 1^{er} avril). Il fait son dernier accès le 10 avril.

En avril et mai, on lui fait une série d'injections d'acétylarsan.

B... reste désorienté et incohérent encore un certain temps ; il est triste et souvent en proie à des crises de larmes ; puis ses troubles disparaissent peu à peu.

Le 24 mai, sur le rapport journalier, on note qu'il est moins troublé, et qu'il redevient gai.

Le 30 juin 1930, il quitte l'Asile. Son certificat de sortie est le suivant : « A été atteint de paralysie générale et a été traité par la malariathérapie ; présente actuellement une amélioration marquée des troubles dont il a été atteint ; il se montre calme et s'occupe régulièrement ; il y a lieu de lui accorder un congé ».

A son départ, B... ne présente plus d'idées délirantes. Il raisonne bien et répond correctement aux questions qui lui sont posées. Sa mémoire est redevenue normale. Les réflexes restent vifs ; les pupilles réagissent bien. Depuis cette époque, il a repris ses occupations et n'a pas présenté de rechute.

OBSERVATION IV

P... Jules, âgé de 51 ans, tourneur, entre à l'Asile de Clermont le 2 septembre 1930, venant de l'Hôpital de Pontoise.

Depuis quelques semaines déjà, il présentait des signes de déséquilibre mental. Le commissaire de police note, dans son procès-verbal, que, lorsqu'il s'est présenté chez lui, P... était dans un état d'agitation extrême, menaçant, et répondant d'une façon incohérente aux questions qui lui étaient posées. Les renseignements recueillis auprès de sa famille nous apprennent que le malade, plutôt de carac-

tère réservé, était devenu très exubérant. En outre, sa mémoire s'affaiblissait, il oubliait les noms propres ; quelques jours avant son internement, il avait tenté de se suicider. Depuis son enfance, il est très nerveux ; il a une cousine germaine internée, une sœur faible d'esprit, et un frère aîné sujet à des crises nerveuses.

Dès l'interrogatoire, on remarque qu'il est très agité, bavard et assez désorienté, mais il n'a pas de délire précis, pas d'hallucinations, pas d'idées de grandeur. Il se souvient avoir contracté la syphilis en 1909 ; il aurait eu un chancre de la lèvre, pour lequel il aurait été soigné pendant quatre ans à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

A l'examen physique, on note une contusion ancienne de la région pariéto-occipitale gauche, sans perte de substance osseuse. Il n'a pas de cauchemars, pas de pituites matinales. Les pupilles sont légèrement inégales, mais réagissent à la lumière ; il a peu de tremblement des doigts, et pas de dysarthrie ; les réflexes tendineux sont normaux.

L'état général est bon, la T. A. est de 13-8 (Vaquez). Le 9 septembre, on pratique une prise de sang et une ponction lombaire dont les résultats sont les suivants :

Sang : B. W. : +++.

L. C. R. : Albumine = 0 gr. 44.

Lymphocytes : 80.

Réactions positives (B. W. Benjoin).

Dès son entrée dans le service, P... se montre bruyant, grossier et menaçant ; il essaie de frapper ses camarades, et tient à tous moments les propos les plus incohérents.

Le 14 septembre, on lui inocule le paludisme. Il fait son premier accès fébrile le 27 septembre ; il en fait de nouveaux les 28, 29, 30 septembre ; le dernier a lieu le 3 octobre.

Il supporte bien son traitement, mais reste agité et confus, jusqu'à la mi-octobre environ.

On lui fait une série d'injections d'acétylarsan en octobre et novembre.

Le 19 octobre, sur le rapport journalier, on note qu'il est plus calme et qu'il se distrait en jouant aux cartes.

Son état s'améliore ensuite rapidement.

Le 16 décembre, le médecin du service note sur son dossier : « Amélioration très marquée au point de vue mental. Malade calme. Mémoire affaiblie. Pas de dysarthrie. Réflexes tendineux normaux ».

Le 26 décembre 1930, il quitte l'Asile ; le certificat de congé est le suivant : « Atteint de paralysie générale qui a été traitée par la malariathérapie ; présente une amélioration très marquée des troubles mentaux dont il a été atteint et se trouve dans les conditions voulues pour obtenir un congé de trois mois ».

Depuis cette époque, il va bien et a repris ses occupations comme avant sa maladie ; la rémission est maintenant complète.

Les quatre observations précédentes montrent que rapidement, sous l'influence du traitement, l'état mental s'améliore ; l'inconscience, l'euphorie, l'agitation, la mégalomanie disparaissent ; notre observation I nous en apporte une preuve éclatante. La mémoire renaît (observations II, III, IV). L'habileté professionnelle revient (observation II).

Les signes neurologiques régressent également (tremblement, dysarthrose, réflexes pupillaires).

Enfin, l'état général, dans tous ces cas, est très amélioré.

B. — Malades sortis en rémission incomplète ou améliorés

OBSERVATION V

B... Paul, âgé de 45 ans, entre le 30 août 1932. « Atteint de paralysie générale avec conscience incomplète de sa situation et de ses actes. Euphorie. Accrocs de la parole. Pupilles inégales et sans réaction à la lumière. Abolition des réflexes rotuliens. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

A l'examen, on note l'affaiblissement de la mémoire. Ne se souvient plus de sa date de naissance, ni des dates de la guerre. Il se rappelle cependant avoir contracté la syphilis il y a dix ans. Il parle avec emphase, ne se rendant pas compte de son état ; n'a pas d'idées de richesse, ni de grandeur. On remarque en outre un gros tremblement des doigts.

Il est impaludé le 10 septembre.

Premier accès le 17 septembre ; 11 accès jusqu'au 29 septembre.

Dans le service, il est assez calme, mais incohérent et désorienté.

On lui fait une série d'injections d'acétylarsan en octobre 1932.

A partir de cette époque, il devient plus conscient et réclame sa sortie.

En décembre 1932, il quitte l'Asile. A cette époque, on note une rémission incomplète au point de vue mental, l'affaiblissement intellectuel persistant. L'euphorie a disparu. La mémoire est un peu moins mauvaise. Les signes physiques persistent. Ce malade qui était boucher, travaille un peu dans sa boutique.

OBSERVATION VI

A... Maurice, âgé de 41 ans, tailleur, entre le 14 octobre 1932. Le certificat immédiat est ainsi conçu : « Atteint de paralysie générale progressive. Excitation psychique. Logorrhée. Récits interminables. Idées de grandeur. Projets philanthropiques. Désordre des actes depuis deux mois environ. Pupilles paresseuses et un peu contractées. Accrocs de la parole. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Il est incohérent et agité dans le service, chantant et gesticulant ; il urine parfois sans s'en apercevoir.

Le 21 octobre, on lui inocule le paludisme. Premier accès le 29 octobre ; 10 accès jusqu'au 9 novembre.

Fin novembre, on lui fait une série d'injections de Quinby.

Depuis le traitement, le malade continue à se montrer inconscient et satisfait de lui ; mais il est plus calme, n'exprimant plus d'idées absurdes de grandeur. Son état général est bien meilleur.

Il sort de l'Asile le 24 décembre 1932, et est capable de s'occuper un peu chez lui.

OBSERVATION VII

Gr... André, âgé de 32 ans, soudeur, entre le 26 octobre 1932. Le certificat immédiat est le suivant : « Atteint de paralysie générale progressive. Excitation psychique. Logorrhée. Euphorie. Idées de grandeur et de richesses, de caractère absurde, orientation imparfaite ; légers troubles de la mémoire ; pâleur de la face. Quelques achoppements de la parole. Tremblement et instabilité des

doigts. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Dans le service, il est extrêmement agité et bruyant, présentant l'aspect typique du paralytique général. Il exprime les idées de grandeur les plus absurdes. (C'est lui qui a arrêté Gorguloff, l'assassin du président Doumer). Il est champion du monde du lancement du disque. Il a modifié un moteur d'avion. Sa fortune s'élève à une centaine de millions. Sa mémoire n'est pas très affaiblie (Chancres syphilitiques en 1922). Ses pupilles restent inertes à la lumière. On note des accrocs aux mots d'épreuve. Son état général est mauvais ; il présente du gâtisme urinaire et fécal.

Le 10 novembre, on lui inocule le paludisme.

Premier accès fébrile, le 18 novembre ; 8 nouveaux accès jusqu'au 30 novembre.

En décembre 1932, on lui fait une série d'injections de Quinby.

En janvier et février 1933, série d'injections d'acétylarsan.

A partir de janvier 1933, le malade devient moins bruyant et moins désordonné.

En mai 1933, il sort de l'Asile. A cette époque, les idées délirantes de grandeur et de richesse ont disparu. Sa mémoire est assez bonne. Mais il présente toujours des lacunes de jugement et reste confus dans ses explications. Le tremblement est moins marqué, mais les autres signes physiques persistent (pupilles paresseuses, accrocs de la parole). Il est rentré chez lui et a repris son métier au bout de quelques mois. N'a pas eu de récidive depuis cette époque.

OBSERVATION VIII

Go... Octave, 48 ans, mécanicien, entre le 24 octobre 1933, venant de l'Asile de Villejuif. Son certificat immédiat est le suivant : « Atteint de paralysie générale. Déjà traité par la malariathérapie. Léger affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence. Méconnaissance de ses troubles intellectuels. Pupilles inertes sous l'action de la lumière. Abolition des réflexes tendineux. Parole nasonnée avec hésitation dans la prononciation des mots d'épreuve. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Le malade, dans le service, se montre calme, apathique, ne s'intéressant à rien. Sa mémoire n'est pas trop affaiblie. Il n'a pas d'idées délirantes. Il ne se souvient pas avoir eu la syphilis.

Il a été impaludé à l'Asile de Villejuif en septembre 1933 (9 accès). On lui fait, dès son entrée, une série d'injections d'acétylarsan (novembre et décembre 1933).

Le malade est toujours calme, propre et se distrait en lisant ou en jouant aux cartes.

En avril 1934, sur le rapport journalier, on note qu'il s'occupe dans son service, en faisant quelques corvées. Le 2 mai suivant, il quitte l'Asile, et sur son certificat de sortie, on lit : « Paralysie générale améliorée par la malariathérapie. Persistance d'un affaiblissement intellectuel avec légère euphorie, mais retour d'une certaine auto-critique. Bonne orientation. Calme. Peut sortir ».

Le malade continue à se soigner pendant un certain temps chez lui, et reprend peu à peu ses occupations.

OBSERVATION IX

M... Eugène, âgé de 36 ans, menuisier, entre le 18 février 1933. Son certificat de quinzaine est le suivant :

« Atteint de paralysie générale progressive. Excitation intellectuelle se traduisant surtout par de la loquacité avec idées de grandeur absurdes. Fabulation. Euphorie. Conservation relative de la mémoire. Troubles du jugement. Parole légèrement troublée par intervalles dans la prononciation. Pupilles déformées et inégales, pupille droite inerte, pupille gauche presque inerte sous l'action de la lumière. Réflexes tendineux affaiblis. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Dans le service, il est assez calme, mais exprime les idées les plus incohérentes de grandeur et de richesse. (Il est tantôt colonel de gendarmerie, tantôt ministre des finances). Sa fortune s'élève à plusieurs millions. Il ne se souvient pas avoir eu la syphilis.

Le 27 février 1933, on lui inocule le paludisme. Premier accès le 6 mars ; 8 nouveaux accès jusqu'au 16 mars.

Il reste incohérent encore un certain temps, puis les idées délirantes régressent peu à peu. Il quitte l'asile le 3 mai 1933 ; sur le certificat de sortie, on lit : « Paralysie générale améliorée par l'impaludation. Persistance d'une certaine euphorie, satisfaction, loquacité. Bonne auto-critique et surtout retour complet de la mémoire. Persistance des signes physiques (léger tremblement, troubles pupillaires). Calme et bien orienté. Peut sortir ».

Depuis sa sortie, il vit dans sa famille, a repris son métier, et n'a pas eu de récurrence.

Dans ces cinq observations de paralytiques généraux sortis en rémission incomplète ou simplement améliorés, on note la disparition de l'euphorie, des idées absurdes de grandeur et de richesse ; en même temps, l'auto-critique et la mémoire reviennent (observations V, VI, VII, IX).

L'affaiblissement intellectuel persiste parfois (observations VI, VIII).

Les signes physiques restent sans changement, le tremblement est moins marqué (observation VII).

Le gâtisme urinaire et fécal disparaît (observation VII).

L'état général est meilleur chez tous ces malades.

Aucun d'entre eux n'a réintégré l'Asile jusqu'à la fin 1937.

II. — MALADES TOUJOURS A L'ASILE **(En rémission incomplète ou améliorés)**

OBSERVATION X

T... Robert, 34 ans, entre le 5 janvier 1934. Son certificat de quinzaine est ainsi conçu. « Etat d'affaiblissement intellectuel symptomatique de paralysie générale. Subexcitation psychique. Loquacité. Dysmnésie. Troubles du jugement. Accrocs de la parole. Pupilles inégales et ne réagissant pas à la lumière. Tremblement. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Dans le service, il se montre bruyant, bavard, euphorique ; il n'a pas d'idées de grandeur et de richesse. Ne se souvient pas avoir contracté la syphilis.

Il est impaludé le 15 janvier 1934. Premier accès le 22 janvier ; dix nouveaux accès jusqu'au 3 février.

On lui fait chaque année une série d'injections de stovarsol.

Actuellement, il n'est plus euphorique et surexcité, mais paraît assez confus. Il présente toujours des trou-

bles du jugement, et s'embrouille dans ses explications. Ses pupilles réagissent mal à la lumière. Ses réflexes tendineux sont faibles, mais il n'a plus de dysarthrie, plus de tremblement. Il est calme et s'occupe régulièrement dans son quartier, faisant les corvées et suppléant les infirmiers dans leur travail.

OBSERVATION XI

H... Etienne, 51 ans, entre le 16 février 1934. Son certificat de quinzaine est le suivant : « Atteint de paralysie générale. Affaiblissement de la mémoire. Troubles du jugement. Légère dysarthrie. Pupilles réagissant mal à la lumière. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Le malade, dans le service, paraît complètement désorienté. On ne peut obtenir de lui aucun renseignement.

Il est impaludé le 2 mars 1934. Premier accès le 10 mars 9 accès en tout.

Il reçoit chaque année une série d'injections de stovarsol.

En ce moment, il est bien orienté et mnésique, conscient de sa situation, mais toujours euphorique, il conserve des lacunes du jugement.

Il persiste en outre une légère dysarthrie ; les réflexes restent vifs. Les pupilles sont toujours paresseuses. Il est tranquille et travaille régulièrement à la boulangerie de l'asile.

OBSERVATION XII

P... Louis, 32 ans, entre le 23 mai 1932. Le certificat de quinzaine est ainsi conçu : « Atteint de paralysie gé-

nérale. Léger affaiblissement intellectuel. Défaut d'auto-critique. Tremblement peu marqué. Pas de dysarthrie. Réflexes tendineux vifs. Pupilles paresseuses. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. »

A contracté la syphilis en 1923.

Il est impaludé le 6 juin 1932. Premier accès le 12 juin; 10 accès en tout.

En ce moment, il est très amélioré. Sa mémoire est bonne. Il répond correctement aux questions qui lui sont posées, et résoud certaines opérations élémentaires. Les pupilles restent paresseuses. Il n'a pas de dysarthrie. Il s'occupe à l'intérieur de l'asile à de petits travaux manuels.

OBSERVATION XIII

Mme G..., Charlotte, 36 ans, entre le 28 juillet 1932 à la suite d'un rapport médico-légal concluant à son irresponsabilité dans une affaire de vol.

Son certificat de quinzaine est le suivant : « Paraly-sie générale avec affaiblissement intellectuel global. Am-nésie. Gros troubles du jugement. Euphorie. Idées absur-des de grandeur et de richesse. Dysarthrie peu marquée. Pupilles inégales, réagissant mal à la lumière. Tremble-ment de la langue. Réflexes tendineux faibles. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Dès son entrée dans le service, la malade se montre bruyante, désordonnée, malpropre, urinant souvent sans s'en apercevoir.

Le 9 août, on lui inocule le paludisme. Premier accès le 16 août ; 8 nouveaux accès jusqu'au 27 août.

En septembre 1932, on lui fait une série d'injections d'acétylarsan.

La malade reste pendant quelques mois agitée et incohérente, puis peu à peu on note une rémission des symptômes. Elle devient plus calme et commence à s'occuper dans son service.

En ce moment, elle est tranquille, mais toujours confuse ; sa mémoire étant assez affaiblie. Elle ne présente plus de délire net ; les signes physiques persistent (pupilles inégales, léger tremblement). Elle s'occupe d'une façon régulière à des travaux de couture.

OBSERVATION XIV

Mme L... Marie, entre le 19 août 1933. Son certificat de quinzaine est le suivant : « Est atteinte de légère excitation psychique avec turbulence. Euphorie. Pupilles inégales. Réactions biologiques de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Sa mémoire est très affaiblie ; elle est incapable d'indiquer son nom et son adresse. Elle est euphorique, inconsciente de sa situation, chantant et gesticulant à tous moments.

Le 17 octobre, on lui inocule le paludisme. Premier accès le 25 octobre. 7 nouveaux accès jusqu'au 2 novembre.

En octobre et novembre 1933, on lui fait une série d'injections de Quinby.

La malade reste agitée et bruyante encore un certain temps, cherchant souvent querelle à ses compagnes ; elle a également parfois des accès de larmes. Cet état persiste jusqu'au début de 1934 ; elle devient alors plus calme, plus raisonnable, et commence à s'occuper.

Actuellement, elle présente toujours le même état d'affaiblissement intellectuel avec diminution de la mémoire. L'euphorie niaise a disparu. Les signes physiques persistent. Elle est calme, s'occupant à des travaux d'intérieur.

Ces cinq observations concernant des paralytiques généraux toujours internés, mais en rémission incomplète ou améliorés, nous permettent de constater une amélioration nette des signes psychiques; les idées délirantes et l'excitation disparaissent (observations X et XIII); la mémoire redevient meilleure (observations XI et XII). Seul persiste l'affaiblissement intellectuel dans presque tous les cas.

Au point de vue neurologique, on note également une amélioration, mais elle est moins nette que l'amélioration mentale. Le tremblement diminue (observations X, XII, XIV). Les autres signes physiques (dysarthrie, réflexes pupillaires et tendineux) restent sans changement.

Enfin, il faut noter que l'état général est très amélioré dans cinq cas; le gâtisme urinaire et fécal disparaît également (observation XIII).

III. — ETATS STATIONNAIRES

Malgré tous les efforts thérapeutiques tentés pour l'enrayer (impaludation suivie du traitement antisyphilitique), la paralysie générale peut continuer à évoluer sans la moindre amélioration. Notre statistique donne un pourcentage de 24,1 %, mais ce chiffre eût été vraisemblablement plus élevé, si ces malades n'avaient pas été traités par la malariathérapie.

OBSERVATION XV

H... Charles, 53 ans, entre le 19 juin 1934. Certificat de quinzaine : « Atteint de paralysie générale progressive avec affaiblissement très marqué de l'intelligence. Désorientation. Troubles profonds de la mémoire. Idées absurdes de richesse et de grandeur. Dysarthrie. Tremblement de la langue et des mains. Pupilles inégales et inertes à la lumière. Réflexes rotuliens affaiblis. Réactions de la syphilis positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Dans le service, se montre bruyant et désordonné. Sa mémoire est très affaiblie ; il ne se souvient pas de son âge.

Aucun renseignement sur la syphilis. Exprime des idées absurdes de richesse et de grandeur, (se croit général, ministre de la guerre, possède 100 millions).

Il est impaludé le 2 août 1934. Premier accès le 10 août ; 8 nouveaux accès jusqu'au 20 août.

En septembre 1934, on lui fait une série d'injections de Quinby.

Avant son entrée, il avait reçu une série de stovarsol et de sulfarsénol.

Depuis cette époque, il reste bruyant, agité, incohérent. Les idées absurdes de richesse et de grandeur persistent ; il possède tout l'asile, ainsi qu'une centaine de millions ; il est ancien président de la République et empereur de Rome. Sa mémoire est très affaiblie ; il ne peut donner aucun renseignement sur son état.

Les signes physiques ne présentent aucun changement. Est incapable de la moindre besogne.

OBSERVATION XVI

De L..., 58 ans, entre le 28 août 1933. Certificat de quinzaine : « Atteint de paralysie générale progressive. Excitation très violente par intervalles. Idées de richesse et de grandeur. Pupilles inégales et réagissant mal à la lumière. Réflexes tendineux faibles. Réactions biologiques de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Gâtisme urinaire. Etat physique grave. »

Dans le service, se montre extrêmement agité.

Le 7 septembre suivant, on lui inocule le paludisme. Premier accès le 14 septembre ; 7 accès jusqu'au 23 septembre.

Depuis cette époque, le malade reste agité, bruyant, gesticulant sans cesse. Il est extrêmement affaibli intellectuellement ; présente toujours du gâtisme urinaire et fécal.

OBSERVATION XVII

B... Robert, 34 ans, entre le 25 octobre 1934, venant de l'Asile de Villejuif. « Atteint de paralysie générale progressive. Affaiblissement intellectuel. Désorientation. Troubles de la mémoire. Dysarthrie. Pupilles inégales et ne réagissant pas à la lumière. Tremblement de la langue et des mains. Abolition des réflexes tendineux. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

A été traité à l'Asile de Villejuif en août 1934 par la malariathérapie et le stovarsol (27 grammes).

Depuis son entrée, il reste agité et incohérent, ne s'occupe à rien, et présente du gâtisme urinaire et fécal.

Cette proportion de 24,1 % de paralytiques généraux chez lesquels la malariathérapie a complètement échoué, est encore élevée, mais elle l'eût été sans doute davantage sans traitement. D'autre part, il faut noter que l'impaludation a permis chez la plupart de ces malades d'améliorer leur état général, ou tout au moins de le maintenir.

IV. — MORTALITE

Les statistiques récentes montrent que la mortalité baisse chez les paralytiques généraux, depuis qu'on les traite par la malariathérapie. C'est ce que prouve d'une façon certaine l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés à l'Asile de Clermont.

Dans la période précédente, de 1925 à 1930, époque à laquelle un nombre restreint de malades avaient été soumis à la malariathérapie, le pourcentage des décès avait atteint 53,14 %. Ce chiffre est tombé à 40,4 p. 100 de 1930 à 1935 pour l'ensemble des paralytiques généraux admis et impaludés ou non; pour ceux à qui l'on a inoculé le paludisme pendant ces cinq ans, le pourcentage est tombé à 25,4 % (60 décès pour 232 malades impaludés) Il est surtout intéressant de constater, chez ces derniers, la baisse progressive des décès d'année en année.

Dans le tableau ci-dessous, nous indiquons la proportion totale des décès survenus chez les paralytiques généraux internés de 1930 à 1935, ainsi que celle trouvée chez les malades impaludés et non impaludés.

	Pourcentage total des décès.	Pourcentage chez les impaludés.	Pourcentage chez des non impaludés.
	%	%	%
1930	57,1	26,1	77,1
1931	46,6	29,6	78,2
1932	34,6	22,03	73,6
1933	39,1	27,7	77,4
1934	29,2	20,8	76,3
1935	28,7	20,6	75,6
Total	40,4	25,4	76,1

Pour ne pas être étonné par ce chiffre considérable de décès chez les non-impaludés, il faut bien savoir que seuls n'ont pas été soumis à la malariathérapie les malades entrés à l'Asile en très mauvais état général, ou à une phase très avancée de leur méningo-encéphalite.

Notre statistique ayant été faite en 1937, nous avons assisté depuis 1930, c'est-à-dire en sept années, à la mort de la très grande majorité d'entre eux.

V. — RÉCIDIVES

On observe parfois des récidives à la suite des rémissions; leur pronostic est bien plus sombre que celui de la première atteinte parce qu'elles traduisent la gravité de l'affection. En ce qui concerne les malades traités à l'Asile de Clermont, de 1930 à 1935, nous avons pu noter 4 récidives dont 2 nous ont

paru particulièrement intéressantes. Nous en publions les observations succinctes ci-dessous.

OBSERVATION XVIII

De G... Raymond, 47 ans, entre le 10 avril 1930. « Atteint de paralysie générale. Excitation psychique. Euphorie. Troubles du jugement et du caractère. Inconscience de sa situation. Absence de dysarthrie. Léger tremblement de la langue. Abolition des réflexes tendineux. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Dans le service, se montre calme. Il est impaludé, le 16 mai 1930. Premier accès le 24 mai, 8 nouveaux accès jusqu'au 3 juin.

En juillet, août, septembre 1930, série d'injections d'acétylarsan.

Il est excité et euphorique encore un certain temps.

Il quitte l'asile le 6 novembre 1930 ; son certificat de sortie étant ainsi rédigé : « Paralysie générale très améliorée par la malariathérapie. Se montre calme et docile, s'occupe régulièrement ».

Le 20 mars 1932, il rentre à l'asile dans un état de profonde dépression, avec angoisse, paroles incohérentes, actes irraisonnés. Sa femme raconte qu'à sa sortie, il était en parfait état, s'occupant de ses affaires, mais présentant par moments un peu d'amnésie, puis peu à peu, ses facultés intellectuelles ont baissé de nouveau. Actuellement, il est incapable de se diriger seul, et d'effectuer le moindre travail.

OBSERVATION XIX

D... Georges, 34 ans, entre le 19 juillet 1932. « Atteint de paralysie générale. Excitation psychique sur fond d'affaiblissement intellectuel. Euphorie. Idées de grandeur et de richesse. Troubles amnésiques. Orientation imparfaite. Pupilles inégales et ne réagissant pas à la lumière. Dysarthrie. Abolition des réflexes rotuliens. Réactions de la syphilis positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

Dans le service, il est relativement calme, mais désorienté. Il exprime les idées les plus incohérentes. (Il est commandant, possède plusieurs millions, déjeune souvent à l'Elysée avec le Président de la République).

Il est impaludé le 3 août 1932. Premier accès le 21 août. 8 nouveaux accès jusqu'au 24 août. En octobre et novembre 1932, série d'injections de Quinby.

Il quitte l'asile en décembre 1932 en rémission très marquée et reprend ses occupations. Il y revient treize mois plus tard, en janvier 1934, présentant un affaiblissement intellectuel net avec déficience de la mémoire. Il est désorienté, en proie à des préoccupations hypocondriaques, pleurant fréquemment. Il a de la dysarthrie, du tremblement ; ses pupilles sont inégales et réagissent mal à la lumière.

Dans ces deux cas, il s'agit de malades sortis, en rémission nette, mais qui ont négligé leur traitement une fois rentrés chez eux. C'est ainsi qu'une série d'injections de stovarsol qui avait été prescrite n'a pas été faite à sa sortie à l'un des deux (Obs. XVIII). Pour éviter ces récurrences, il serait bon que les malades soient surveillés attentivement, après leur départ

de l'Asile, tout au moins pendant quelques mois, ces récives étant beaucoup plus sérieuses que la première atteinte. Enfin, notons que ces rechutes n'ont pas toujours le même caractère clinique que celui de la manifestation initiale; ainsi une forme avec agitation et idées de grandeur peut revenir sous une forme dépressive ou dementielle, comme le montrent ces deux observations (obs. XVIII et XIX).

VI. — TRANSFORMATIONS

Il faut noter que sous l'influence de la malaria-thérapie, un certain nombre de paralytiques généraux présentent une transformation complète de leurs idées délirantes et des autres signes mentaux. Ce fait a été signalé par différents auteurs, et nous en avons trouvé deux cas chez nos malades, dont nous publions ci-dessous les observations résumées.

OBSERVATION XX

M... Georges, 34 ans, entre le 23 janvier 1934. « Ménin-go-encéphalite diffuse. Affaiblissement intellectuel avec quelques manifestations d'apparence confusionnelle. Syndrome neurologique positif. Réactions humorales de la syphilis positives. Mauvais état général ».

Dès son arrivée, il se montre calme, déprimé physiquement et intellectuellement, urinant sans s'en rendre compte.

Il est impaludé le 10 février suivant. Premier accès fé-

brile, le 18 février. 8 nouveaux accès jusqu'au 28 février.

Après l'inoculation du paludisme, le malade reste calme encore quelques semaines, puis peu à peu apparaît un véritable délire de persécution avec hallucinations (il est entouré d'ennemis qui veulent l'assassiner). Il est bruyant et désordonné, gesticulant sans cesse. Actuellement, son état général est bon ; il s'alimente bien, et a beaucoup engraisé.

OBSERVATION XXI

F... Ernest, 44 ans, entre le 17 juin 1935. « Confusion mentale chez un paralytique général extrêmement agité, bruyant, exprimant des idées de grandeur tout à fait absurdes. Dysarthrie. Tremblement. Pupilles inégales et réagissant faiblement à la lumière. Réactions biologiques de la syphilis positives ».

Le 31 juillet, il est impaludé. Premier accès fébrile le 12 août. 8 nouveaux accès jusqu'au 22 août. En octobre 1935, on lui fait une série d'injections de stovarsol.

Pendant un certains temps, il reste encore agité et incohérent ; parfois, il a des crises de larmes. Puis ses idées absurdes se dissipent, et prend naissance un délire de revendication. Il écrit d'innombrables lettres pour réclamer sa sortie, se prétendant tantôt victime d'une vengeance politique, tantôt séquestré sur l'ordre de sa fille. Au point de vue physique, il va beaucoup mieux, et a pris de l'embonpoint.

Ces deux observations nous permettent de constater, outre la modification profonde des idées délirantes chez ces paralytiques généraux, la transformation étonnante de leur état général. D'une santé pré-

caire à leur entrée, ils sont actuellement dans un état florissant, s'alimentant bien et ayant beaucoup engraisé. Cette transformation physique est d'ailleurs très fréquemment observée chez ces malades, à la suite de l'impaludation.

CONCLUSIONS

Les résultats obtenus par la malariathérapie à l'Asile de Clermont sont très encourageants. Le nombre des malades sortis en rémission complète, ou améliorés sérieusement, est passé, comme nous l'avons vu, de 25,7 % pour la période 1925-1930, où l'on impaludait peu, à 31,8 % pour la période 1930-1935. Cette proportion est à peu près analogue à celle de la plupart des auteurs, qui est de 30 à 35 %. Enfin, si l'on met à l'actif du traitement les rémissions incomplètes et les améliorations au nombre de 17,6 % constatées chez les malades toujours internés, on arrive au chiffre de 49,4 %, ce qui suffit à montrer que l'impaludation donne des résultats appréciables dans presque la moitié des cas.

Le pourcentage des décès s'est également amélioré; il est tombé de 53,4 % de 1925 à 1930, à 40,4 % pour la période 1930-1935, pour l'ensemble des paralytiques généraux internés. Chez ceux qui ont été impaludés, la proportion des morts est tombée de 26,1 % en 1930 à 20,6 % en 1935.

De ce court travail, il résulte que désormais le pronostic de la paralysie générale doit être envisagé

sous un angle plus favorable. Comme nous venons de le montrer, en nous appuyant sur des observations de malades traités et suivis par nous, la malariathérapie constitue actuellement un moyen efficace sinon pour guérir tout au moins pour améliorer sérieusement la méningo-encéphalite, considérée comme incurable jusqu'aux travaux de WAGNER-JAUREG et de son école. Les rémissions qu'elle provoque sont, en effet, très supérieures aux rémissions spontanées de la paralysie générale, tant en ce qui concerne leur durée que leur qualité. Elles entraînent dans bien des cas, non seulement la régression des signes cliniques, mais une véritable récupération sociale et professionnelle, les sujets pouvant reprendre leurs occupations comme par le passé. Toutefois, il ne faut pas oublier que la paralysie générale étant une affection d'origine essentiellement syphilitique, il est indispensable d'associer à la malariathérapie une médication antisiphilitique, telle que le novarsénobenzol, le quinby, l'acétylsarsan et surtout le stovarsol sodique.

Mais il faut savoir également que bien souvent l'impaludation associée au traitement antisiphilitique n'aboutit à aucun résultat tant au point de vue psychiatrique que neurologique. Le nombre encore important d'états stationnaires et de décès trouvé dans notre statistique en fait foi, mais il eut été plus considérable si ces malades n'avaient pas été traités. En ce qui concerne les états stationnaires, il faut noter toutefois qu'un certain nombre de paralytiques généraux restés sans changements, au point de vue mental, ont vu

leur état physique s'améliorer sérieusement à la suite de l'impaludation.

Pour expliquer les pourcentage important d'échecs, il faut se rendre compte que beaucoup de malades ont été impaludés à une phase avancée de la méningo-encéphalite, où les chances de succès sont plus réduites, et ceci nous amène à des considérations intéressantes concernant le diagnostic et la prophylaxie de cette maladie.

Pour empêcher l'éclosion de la paralysie générale, il serait peut-être bon, comme l'ont conseillé certains auteurs de pratiquer l'inoculation systématique de la malaria, à tous les syphilitiques, ayant un liquide céphalo-rachidien positif et irréductible par le traitement habituel. Cette impaludation serait suivie d'un traitement médicamenteux antisyphilitique jusqu'à la réduction des réactions normales dans le liquide céphalo-rachidien.

D'autre part, la paralysie générale, pouvant entraîner les individus qui en sont atteints à des réactions anti-sociales particulièrement graves, il est indispensable de la déceler précocement et de la traiter le plus rapidement possible.

Enfin un dernier problème se pose en terminant cette étude : c'est celui de la surveillance de nos malades une fois sortis de l'Asile. La méningo-encéphalite étant une affection grave et susceptible de provoquer des rechutes, il est nécessaire de les surveiller encore un certain temps après leur sortie. Pour cela, il se-

rait bon que des assistantes sociales puissent visiter nos paralytiques généraux à domicile afin de se rendre compte de leur état de santé et de leur comportement social, au cas où ils ne viendraient pas d'eux-mêmes se faire examiner périodiquement à l'Asile.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY. — Contribution à l'étude du traitement de la paralysie générale par le paludisme. (*Annales médico-psychologiques*, 1929).
- ADAM. — Paralysie générale et malariathérapie. (*Société médicale du Haut-Rhin*. Séance du 21 mars, 1931).
- AGRAMUNT. — La valeur pratique de la malariathérapie de la paralysie générale, 1928.
- AUDAIN. — La malariathérapie est-elle le seul et le meilleur traitement de la paralysie générale ? (*Le concours médical*, n° 9, 1930).
- BILLIET-CAMPIONNET. — Quelques résultats de la malariathérapie dans la paralysie générale. (*Société des sciences médicale et biologique du Languedoc*, séance du 22 novembre, 1929).
- CARRION. — La malariathérapie de la paralysie générale. (*Revue pratique de biologie appliquée*, n° 8. Août 1929).
- CHEVALIER (P.). — Le paludisme contre la syphilis, le traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la fièvre tierce. (*Prat. méd. franç.* 1929).
- CLAUDE. — La malariathérapie dans la pa paralysie générale. (*Revue Médicale française*, n° 2, février 1930).
- CLAUDE, TARGOWLA, CENAC, LAMACHE. — Présentation de malades traités par la malariathérapie. (*Presse médicale*, n° 1, janvier 1929).

FRIBOURG, BLANC. — Le traitement de la paralysie générale et du tabès par la malaria provoquée. (Mason et Cie édit. Paris).

GUILLAIN, PEROU. — Les résultats de la malariathérapie chez les paralytiques généraux à la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, décembre 1929).

LAIGNEL, LAVASTINE. — Sémiologie des maladies mentales.

— L'impaludation des paralytiques généraux sa technique ; sa valeur. (*La semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 octobre 1930).

LÉPINE, BOURRAT, CHRISBY, LARRIVE. — Indications et contre-indications de la malariathérapie chez les paralytiques généraux. (*Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1929).

LEROY, MEDAKOVICH. — Traitement des paralytiques généraux par la malariathérapie suivie d'une médication spécifique mixte à hautes doses. (*Presse Médicale*, janvier 1929).

MARIE. — La malariathérapie dans la paralysie générale. (*L'Hygiène sociale*. Juin 1930).

MEYLANDER. — Résultats sur la malariathérapie de la paralysie générale à l'Asile Départemental de Stephansfield. (*Thèse de Strasbourg*, 1930).

PAULIAN. — Les indications et contre-indications de la malariathérapie. (*La med.* n° 16. Novembre 1929).

PRINCE (Anagnastopoulos). — Quelques observations de paralysie générale traitées par la malariathérapie à l'Asile de Rouffach. (*Strasbourg médical*, juin 1934).

PRUGNAUD. — Contribution à l'étude du traitement de la paralysie générale par la malaria et le typhus récurrent. (*Thèse de Paris*, 1927).

TARGOWLA. — La phase pré-symptomatique de la paralysie générale et le problème de la malaria préventive. (*La Pratique Médicale française*, n° 2).

WAGNER-JAUREG. — Malariathérapie de la paralysie progressive. (*Wiener. Med. Woch.* Août 1931).

ZALMAN, COHN. — Contribution à l'étude de l'impaludation répétée dans le traitement de la paralysie générale. (*Thèse de Paris*, 1930).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	9
Chapitre Premier.	11
Chapitre II.	15
Chapitre III.	19
Chapitre IV.	27
Chapitre V.	33
CONCLUSIONS.	65
BIBLIOGRAPHIE.	69

